Ein Fall

von günstig abgelaufener

Bauchschwangerschaft.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung

der

Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

unter dem Präsidium

von

Dr. Johann Säxinger,

o. ö. Professor der Geburtshülfe und Vorstand der geburtshülflich-gynäkologischen Klinik,

vorgelegt

von

Adolf Thümling

aus Ulm.

Tübingen, 1875.

Druck von Ludwig Friedrich Fues.

Herrn

Dr. med. Emil Majer,

praktischem Arzte in Ulm,

in Freundschaft gewidmet.

Mit dem Beginn des vorigen Wintersemesters ($18^{74}/_{75}$) stellte sich in hiesiger Klinik eine 44jährige Frau vor, die stark abgemagert war, und über steten Abgang sehr übel riechender, dünner, grünlicher Massen aus dem Rectum klagte. Sie hatte dabei fortwährend Schmerzen im Bauch und gab an, dass sie sich eine Zeit lang für schwanger gehalten habe. Es stellte sich weiter heraus, dass die Frau schon viermal geboren hatte, das erstemal in ihrem dreiundzwanzigsten, das letztemal in ihrem dreiunddreissigsten Jahr; auch war sie seit ihrem 14. Jahr, jedoch nicht immer regelmässig, menstruirt. Die Untersuchung ergab in der linken Unterbauchgegend eine harte, unregelmässig höckerige, mehr als kindskopf grosse Geschwulst, die auf Druck schmerzhaft und unbeweglich war. Per vaginam fand man eine grössere, linksliegende und eine kleinere mit der ersten zusammenhängende Geschwulst rechts von der Gebärmutter. Der Uterus selbst war vergrössert, nach vorn gegen die Symphyse gedrängt und leicht anteflectirt. Per rectum zeigte sich nach Rechts in der Höhe von 10 Ctm. ein guldengrosses Loch in der Wand des Mastdarms. In diesem Loche sind die Finger einer Hand zu fühlen. Als dieselben angezogen wurden, folgte der Vorderarm, riss aber im Ellenbogengelenk ab. Die so erhaltenen Theile waren stark macerirt und verbreiteten einen sehr intensiven Geruch.

Die Linea alba bis zum Processus xiphoideus war pigmentirt, in den Brüsten etwas Milch, der Warzenhof ebenfalls pigmentirt, jedoch ohne sekundäre Schwangerschafts-

areola. Nach diesem Befund konnte es keinem Zweifel unterworfen sein, dass hier eine extrauterine Schwangerschaft mit Vereiterung des Fruchtsacks und Perforation in den Mastdarm vorliege.

Bevor ich nun den Fall auf Grund einer ausführlichen Anamnese und des weitern Verlaufs eingehend bespreche, wird es zunächst von Interesse sein, eine genaue Beschreibung der bei der ersten Untersuchung sowohl als auch während des weitern Aufenthalts der Patientin auf der hiesigen gynäkologischen Abtheilung theils von selbst abgegangenen, theils künstlich entfernten Theile des Foetus vorauszuschicken. Ihre Reihenfolge für eine bestimmte Fruchtlage zu verwerthen, dürfte indessen kaum gelingen.

1. Die Finger einer Hand und der Vorderarm.

Vorderarm und Hand, die gleich bei der ersten Untersuchung zu Tage gefördert wurden, sind in ihren gröbern Formen relativ gut erhalten, so dass sie auf den ersten Blick als solche zu erkennen sind.

Das Skelet liegt zum Theil bloss vor, zum Theil ist es mit schmutzig grauen Gewebsfetzen — der Haut und Muskulatur — bedeckt. Am Besten erhalten sind die Weichtheile an der Streckseite, besonders im obern Theil des Vorderarms. Die Extensorensehnen haben der Fäulniss ebenfalls widerstanden und vermitteln die Verbindung zwischen Vorderarm und der Hand. An der Beugeseite des Vorderarms sind die Weichtheile fast vollständig zu Grunde gegangen, während sie in der Vola manus und speciell am Daumen wieder gut erhalten sind. Der Ringfinger fehlt ganz. Auch die Fingernägel sind nicht mehr zu constatiren.

Was die Knochen betrifft, so ist der Radius in Dia-

physe und Epiphysen vollständig erhalten; die Diaphyse verknöchert, die Epiphysen knorplig, die Grenze zwischen beiden ist deutlich durch eine Auftreibung markirt. Seine Länge beträgt 4,4 Ctm. mit den beiden Epiphysen. An der Ulna sind die Epiphysen zerstört, der Knochen ist in einer Länge von 4,6 Ctm. erhalten, an der Grenze zwischen obern und mittlerem Drittel befindet sich ein Foramen nutritivum.

Die Handwurzelknochen fehlen vollständig, dagegen sind alle fünf Metacarpalknochen, wenn auch ohne Epiphysen, in normaler Lage und Form erhalten. Die erste Phalangenreihe, ausser der des Ringfingers, ist vorhanden. Ihre Epiphysen dem Metacarpus zu fehlen, die der zweiten Phalanx zu sind nachzuweisen. Die zweite und dritte Phalanx mit Epiphysen und Diaphyse ist erhalten. Die Diaphysen allenthalben knöchern.

2. Ein Oberarmknochen, beide Darmbeinschaufeln und die unteren Extremitäten.

Die Diaphyse des Humerus ist von Weichtheilen vollständig entblösst, auch das Periost ist nicht mehr vorhanden, ebenso fehlt der Gelenktheil oben und unten. Gerade in der Mitte des Knochens findet sich ein Foramen nutritivum. Die Länge des Humerus beträgt 4,8 Ctm. ohne Epiphysen.

Das rechte Darmbein ist an seiner inneren Seite total macerirt, an seiner äussern ist noch ein kleiner Rest Sehnensubstanz vorhanden, vermöge deren es mit dem rechten Oberschenkel zusammenhängt. Der knorplige Theil des Darmbeinkamms ist verloren gegangen, ebenso Schambein, Sitzbein und Kreuzbein. Der Abstand der Spina superior anterior von der Spina superior posterior ossis ilei beträgt 2,7 Ctm. Die grösste Höhe vom tiefsten Punkt des Pfannen-

theils des Os ileum bis zum höchsten Punkt des Darmbeinkamms 2,3 Ctm. In den Knochen dringen mehrere foramina nutritiva. Er zeigt makroscopisch eine strahlige Zeichnung an seiner äussern und innern Oberfläche.

An der rechten untern Extremität sind die Weichtheile zum grössten Theil als schmutzig grau gefärbte Massen erhalten. Sie ist daher in ihrer äussern Configuration als solche leicht zu constatiren. An der innern Seite über der Adductorengruppe und längs des innern Randes des Oberschenkels und Fusses ist auch die Haut noch intact, an der äussern Seite dagegen und dem grössten Theil der Beuge- und Streckseite liegt das Unterhautbindegewebe und die Muskulatur bloss. Die Muskeln lassen sich an dem Präparate nicht mehr einzeln darstellen. Das Kniegelenk ist an der äussern und vordern Seite eröffnet, an der innern und hintern ist die Continuität erhalten. Unterschenkel und Fuss hängen durch Sehnen und Haut zusammen. Der Fuss selbst ist eine formlose Masse, in der die einzelnen Knochen und Weichtheile ihre normale Lage und Form eingebüsst haben.

Ein Theil des Knorpels am obern Ende des Os femoris ist noch in Form schmieriger, erweichter Fetzen vorhanden. Ein Caput und Collum femoris existirt nicht mehr. Das Periost liegt lose am Knochen an und lässt sich leicht in Continuität abziehen. Der Knochen selbst hat die normale Form. Die untere Epiphyse ist zwar noch in einzelnen Partikeln nachzuweisen, aber in gleichem Zustand hochgradigster Maceration, wie der obere Theil. Von einem Knochenkern ist nichts zu sehen. Die Länge des Femur ohne Epiphysen beträgt 5 Ctm.

An den beiden Unterschenkelknochen lässt

sich das Periost ebenso leicht abstreifen wie am Oberschenkelknochen. Die Epiphysen oben und unten fehlen bei tibia und fibula. Die tibia ist 4,6 Ctm., die fibula 4,7 Ctm. lang.

Von Fusswurzelknochen ist an der rechten untern Extremität keine Spur zu entdeken. Von den Metatarsalknochen sind drei, von Phalangen zwei, jedoch ohne Epiphysen aufzufinden. Ihre normale Lage haben sie eingebüsst.

Das linke Darmbein ist ganz macerirt und gieng gesondert ab. Abstand der Spina superior anterior von der Sp. superior posterior 2,7 Ctm. Vom höchsten Punkt des Darmbeinkammes bis zum tiefsten des Pfannentheils des Darmbeins 2,3 Ctm. Auch hier werden foramina nutritiva und strahliges Aussehen constatirt. Von den sonstigen Bestandtheilen des Beckengürtels ist nichts zu entdecken.

An der linken untern Extremität hängen die Weichtheile in formlosen Massen und im Zustande hochgradigster Maceration, so dass sich einzelne Muskeln nicht isoliren lassen. Die Beinhaut lässt sich ohne Schwierigkeit vom Femur, der Tiba und der Fibula als Ganzes ablösen. Von Weichtheilen ist der Oberschenkelknochen und die Fibula zum Theil noch eingehüllt, die Tiba liegt vollständig macerirt bloss. Das Kniegelenk ist eröffnet. Der Zusammenhang zwischen Ober- und Unterschenkel einerseits, Unterschenkel und Fuss andererseits ist durch Weichtheile und einen Theil der erhaltenen Kapselmembranen hergestellt. Am obern Ende des Os femoris zeigt sich an Stelle des Schenkelhalses und Kopfes eine schmierig-fetzige Masse aus Knorpelstücken und Theilen der Gelenkkapsel bestehend. Die untere Epiphyse fehlt vollständig; die Länge des Os femoris beträgt 5,1 Ctm.

Das Kniegelenk ist vorn eröffnet, hinten und zu beiden Seiten ist die Kapsel erhalten. Von einer Patella ist nichts zu sehen. Das untere Ende des Femur und der Tibia ist mit der Kapsel hinten und zu beiden Seiten in Verbindung. Vom obern Epiphysenende der Tibia ist nur noch das Perichondrium hinten und zu beiden Seiten erhalten, so dass der obere, seines Knorpels entkleidete, rauhe, knöcherne Theil derselben in die an Stelle des zu Grunde gegangenen Knorpels entstandene Höhle hineinsieht. Durch das Loch im vordern Umfang dieser Höhle sieht man spärliche, erweichte Knorpelfetzen. Die untere Epiphyse der tibia fehlt vollständig. Länge der Tibia 4,5 Ctm.

Der Fibula fehlen beide Epiphysen, sie hat eine Länge von 4,4 Ctm.

Sämmtliche Weichtheile des Fussrückens sind in dem Macerationsprocess verloren gegangen, während die Planta pedis ähnlich wie die Vola manus, als derberes Gewebe demselben widerstanden hat.

Vom Dorsum pedis aus sieht man zunächst einzelne Theile der Fusswurzel, dann den Metatarsus und etliche Phalangen ziemlich in normaler Lage. An einer Stelle, die dem Calcaneus entspricht, findet sich ein 3 mmter in seiner grössten Ausdehnung messender Knochenkern von unregelmässiger Form in Mitten von fetzigen, erweichten Knorpelmassen. Was sonst von der Fusswurzel vorhanden ist, ist knorplig, erweicht und in Zerfall begriffen.

Dia Metatarsalknochen sind alle fünf erhalten, hre Epiphysen fehlen. Von den Phalangen sind nur die zweite der grossen Zehe, die Endphalange der zweiten Zehe, die zwei letzten der dritten und vierten Zehe, von denen der kleinen Zehe keine vorhanden, die Masse der

Mittelhand- und Mittelfussknochen, jedoch ohne Epiphysen, sind:

Mittelhand-:		Mittelfussknochen:	
des Daumens .	6 mmter	der grossen Zehe	8 mmter
„ Zeigefingers	10 „	2. „	10 „
„ Mittelfingers	10 „	3. „	10 „
„ Ringfingers	9 „	4. „	$9^1/_2$ „
„ Kleinfingers	8 „	5. „	9 „

Nägel sind leider auch am Fuss nirgends zu constatiren.

3. Ein Stück des Tractus intestinalis.

Ferner findet sich in den Dejectionen ein häutiger Klumpen, bei dessen Entwirrung sich ergibt, dass er einen Theil des Tractus intestin. und zwar des Dünndarms darstellt, was aus der Anordnung des Mesenteriums zu erkennen ist. Das Darmrohr ist noch ziemlich intact, es lässt sich eine Sonde durch das Lumen durchführen. Aber nur die Serosa des Darms vermittelt die Continuität, an Stelle der Schleimhaut findet sich nur fettiger Detritus, von Follikeln etc. ist nichts mehr zu erkennen. Nach Eröffnung des Darmrohrs zeigt sich olivengrünes, also stark gallig gefärbtes Meconium, ein Umstand, der für die Bestimmung des Alters der Frucht von nicht unerheblicher Bedeutung ist. Das ganze Stück ist ungefähr 32 Ctm. lang, eine genaue Messung ist desshalb nicht möglich, weil das Gewebe seinen Tonus vollständig verloren hat und sich beliebig ziehen lässt.

4. Der untere Theil der Wirbelsäule.

Endlich liegt im Präparate vor der untere Theil der Wirbelsäule. Zusammengehalten werden die einzelnen Wirbelkörper durch das Ligamentum longitudinale anti-

cum und die Cartilagines intervertebrales, bei beiden ist das Gewebe vom Macerationsprocess verhältnissmässig sehr wenig angegriffen. Der Schluss, dass es der untere Theil der Wirbelsäule sei, wird gerechtfertigt durch die ansehnliche Grösse der Wirbelkörper. Die Bögen der Wirbel sind zum Theil noch durch Gewebsbrücken mit den Wirbelkörpern in Verbindung, zum Theil sind sie isolirt abgegangen. Die Knorpel nämlich, durch die sie in dieser Zeit des intrauterinen Lebens mit den Körpern in Verbindung sind, haben der Zerstörung nicht den nöthigen Widerstand zu leisten vermocht, wie das resistente, an elastischen Fasern reiche Gewebe des Ligamentum longitudinale und der Cartilagines intervertebrales. Ebenso fehlen als Theile späterer Verknöcherung die Dornfortsätze, so dass also die Bögen aus zwei getrennten Segmenten bestehen, wo immer je zwei Bogentheile einem Wirbelkörper entsprechen. Ausser den fünf in Verbindung stehenden findet sich noch ein kleiner isolirter Wirbelkörper, der wohl dem obern Theil der Wirbelsäule angehört. Es sind also im Ganzen 6 Wirbelkörper mit 10 Bogensegmenten.

Die Masse der Wirbelkörper sind:

1. W.-K. Höhe 2 mmter, querer Durchmesser 4 mmter, Dickendurchmesser 2 mmter.
2. W.-K. Höhe 3 mmter, querer Durchmesser 4 mmter, Dicke 3 mmter.
3. W.-K. Höhe 5 mmter, querer Durchmesser 6 mmter, Dicke 3 mmter.
4. W.-K. Höhe 5 mmter, querer Durchmesser 6 mmter, Dicke $2^1/_2$ mmter.
5. W.-K. Höhe 5 mmter, querer Durchmesser 7 mmter, Dicke 2 mmter.

6. W.-K. Höhe 6 mmter, querer Durchmesser 8 mmter, Dicke 2 mmter.

Bei der mikroscopischen Untersuchung der Gewebe findet sich ebenfalls vorgeschrittene Maceration und weitgehender Zerfall.

Der Knorpel ist zwar als solcher noch zu erkennen. Die Knorpelkapseln und Zellen aber sind nicht mehr zu constatiren, nur die einzelnen Kerne liegen in der theils noch hyalinen theils auch zerfaserten und in fettigem Zerfall begriffenen Grundsubstanz.

Die Muskelprimitivfibrillen werden grösstentheils noch quergestreift, aber abgebrochen und ordnungslos durcheinander liegend angetroffen.

An der äussern Haut lässt sich nur soviel constatiren, dass die Epidermis vollständig fehlt und dass der Macerationsprocess an den Mündungen der Haarbälge und Schweissdrüsen die grössten Fortschritte gemacht hat.

Das Fett ist zu kugeligen Klumpen geformt, wohl vorzugsweise unter ber Einwirkung des Alkohols.

Diagnose und Verlauf des Falls nebst epikritischen Bemerkungen.

Es handelt sich vor allem darum, an der Hand einer eingehenden Anamnese und mit Zuhilfenahme dessen, was die klinische Beobachtung des Falls ergeben hat, festzustellen einmal, wie alt die Frucht geworden ist und dann, welche Form extrauteriner Schwangerschaft vorgelegen hat.

In erster Linie von Interesse ist es, zu eruiren, in wel-

chem Monat bei der Frau Conception eintrat. Hiefür bietet die Krankengeschichte folgende Anhaltspunkte.

Die letzten Menses traten Anfangs November 1873 ein. Bis zu diesem Zeitpunkt, und noch 6 Wochen darüber hinaus, waren alle Funktionen der Patientin vollständig normal gewesen, sie hatte sich der besten Gesundheit erfreut, kann sich speciell nicht erinnern, je ein Leiden im Unterleib gehabt zu haben.

Die Anamnese ergibt weiter, dass in den Monaten Januar und Februar nochmal ein „rother Ausfluss“ aus den Genitalien eingetreten sei; der aber nur ein paar Stunden anhielt und fleischwasserfarben war, während die reichliche Periode sonst 2 bis 3 Tage währte. Diess war offenbar nicht die wiedereingetretene Periode, sondern eine geringe Gebärmutterblutung, wie solche bei Extrauterin-Schwangerschaft, besonders in der ersten Zeit derselben, durchaus nicht selten ist.

Eine andere nicht unwesentliche Stütze der Annahme einer Conception in den ersten Wochen des November liegt in der bestimmten Angabe der Kranken, dass der Bauch Anfangs August 1874, also nach unserer Berechnung in der 36. Woche der Gravidität, so gross war, wie am Ende ihrer übrigen Schwangerschaften.

In der zweiten Hälfte des Dezembers 1873, also im zweiten Monat der Schwangerschaft, traten plötzlich, während Patientin unmittelbar vorher sich noch ganz wohl gefühlt hatte, die Symptome einer schweren Peritonitis auf. Die Kranke bekam nach starker Anstrengung auf dem Felde einen heftigen Schüttelfrost und intensive Schmerzen im Unterleib, jedoch ohne dass sie das Gefühl gehabt hätte, als wenn etwas in ihr gerissen wäre. Die Schmerzen waren

hauptsächlich linkerseits im Bauch und im Kreuz am stärksten. Patientin musste sogleich in's Bett gebracht werden. Sie blieb zunächst acht Tage im Bett unter heftigem Fieber, Schmerzen und retardirtem, schmerzhaften Stuhlgang. Beschwerden bei Entleerung der Blase hatte Patientin nicht, auch sind die Erscheinungen einer acuten Anämie anamnestisch in keiner Weise festzustellen. Nach 8 Tagen machte sie wieder Versuche aufzustehen, sie konnte jedoch nicht aufbleiben wegen Schwäche und Schmerzen, sondern hütete von da an das Bett, manchmal mit einigen Tagen Unterbrechung, bis Ende März. Nachdem die Erscheinungen einer acuten Bauchfellentzündung in Folge längerer ruhiger Bettlage sich verloren hatten, stellten sich die einer chronisch verlaufenden und auf die linke untere Hälfte des Bauchs beschränkten Peritonitis ein, die als fast continuirlicher lokaler Schmerz bei anhaltenden Fiebererscheinungen, als grosse Schwäche und Abmagerung sich äusserten. Auch diese chronische Peritonitis mit subacuten Exacerbationen fehlt selten bei Extrauterin-Schwangerschaft, besonders bei Frauen niederer Stände, die sich nicht schonen können, und nach wie vor ihrer Arbeit nachgehen müssen.

Es wären also die geschilderten Erscheinungen dahin zu deuten, dass in Folge der anamnestisch eruirten starken Anstrengung eine Zerrung des extrauterinen Fruchtsacks und dadurch eine partielle Bauchfellentzündung erfolgt ist, ein Ereigniss, das nächst der Berstung des Fruchtsacks zu den häufigsten Vorkommnissen bei Extrauterin-Schwangerschaft gehört. Gegen eine Berstung des Fruchtsacks selbst sprechen der weitere Verlauf der Schwangerschaft, sowie der unverhältnissmässig rasche Übergang zur Bes-

serung, ebenso waren die Erscheinungen innerer Blutung nach keiner Richtung hin festzustellen.

Ende März, also am Anfang des fünften Schwangerschaftsmonats, fühlte Patientin über der Symphyse eine faustgrosse Geschwulst, die sich von da an immer mehr vergrösserte und hauptsächlich nach links und oben hin wuchs. Fieber soll seit März nicht mehr vorhanden gewesen sein, Patientin verliess desshalb das Bett und gieng bald wieder ihren Geschäften nach. Die Schmerzen im Unterleib hörten aber nie ganz auf.

Im Juni traten morgige Übelkeiten auf und Patientin consultirte jetzt, da sie sich für schwanger hielt, eine Hebamme, denn sie hatte Besorgnisse, weil sie keine Kindsbewegungen fühlte. Bald darauf schwollen auch die Brüste an.

Anfang August war der Bauch so gross wie am Ende der andern Schwangerschaften, auch war ja nach obiger Berechnung unter normalen Verhältnissen Mitte dieses Monats der Eintritt der Geburt zu erwarten. Anfangs August also wurden die Schmerzen auffallend stärker, zugleich trat eine Blutung aus den Genitalien ein, die acht Tage dauerte, wobei jedoch nur flüssiges Blut, nie Klumpen oder Fetzen abgiengen. Nachdem die Blutung sechs Tage gedauert hatte, stellten sich bei der Arbeit auf dem Felde starke Wehen ein. In dieser Zeit gieng dann aus den Genitalien eine häutige, dunkelgefärbte, faserige Masse ab, worauf nach zwei Stunden die Wehen aufhörten, während die Blutung erst nach einigen Tagen sistirte. Die Schmerzen kamen jedoch bald wieder und 14 Tage nach der ersten trat eine zweite Blutung ein, die auch mit wehenartigen Schmerzen begann und drei Tage dauerte. Sehr angegrif-

fen wurde Patientin indessen dadurch nicht, sie konnte vielmehr unmittelbar nach der Blutung noch mehrere Stunden zu Fusse gehen. Bei ihrer Ankunft zu Hause bekam sie aber Fieber, das sie von da an bis zu ihrem Eintritt in die Anstalt nicht mehr verliess. Der Zustand änderte sich weiter nicht, bis ganz plötzlich Anfangs Oktober auf dem Nachtstuhl unter lebhaften Schmerzen und grossem Schwächegefühl angeblich gegen 12 Schoppen einer röthlich gelben dünnen Flüssigkeit abgiengen. Von diesem Augenblick an liessen die spontanen Schmerzen nach, nur auf Druck blieb die Unterbauchgegend schmerzhaft. Patientin fühlte sich nach der Entleerung sehr erleichtert, während gleichzeitig der Bauch sich wesentlich verkleinert hatte.

Seither entleerte Patientin jeden Tag etwa 2 Schoppen grünlichgelber, sehr übelriechender Flüssigkeit durch den Mastdarm. Das Fieber jedoch wich nicht, so dass Patientin an Kräften sehr abgenommen hatte. Es kam vor, dass Morgens kein Fieber vorhanden war, Abends manchmal eine über 39,0 häufig aber nur etwas über 38,0 gehende Temperatursteigerung eintrat. Die mit Eiter vermischten diarrhoischen Stühle dauerten fort, der Appetit liess jedoch nichts zu wünschen übrig.

In diesem Zustand wurde die Kranke in die Klinik aufgenommen. Bei der Aufnahme fand man eine grosse, stark abgemagerte Frau, mit schlaffer Haut und Muskulatur, Puls 96, Temperatur Morgens 38,5, Abends 39,0. Die Brustorgane erwiesen sich als gesund. Der Bauch war eingefallen, links weniger als rechts. Links markirte sich deutlich eine Erhöhung. Es liess sich daselbst leicht eine etwa kindskopfgrosse Geschwulst umtasten, welche unregelmässig gestaltet und höckerig war und bei Berührung schmerzte,

die Geschwulst kam aus dem kleinen Becken, füllte die linke untere Hälfte des Bauches aus und erstreckte sich bis zur deutlich pigmentirten Linea alba. In der Rechten Unterbauchgegend war der Bauch weich, leicht, tief und schmerzlos eindrückbar. Die Brüste waren mässig geschwollen und enthielten Milch in mässiger Menge. Per vaginam fand man die ganze obere linke Beckenhälfte von einem Tumor ausgefüllt, welcher in den äusserlich tastbaren übergieng, mässig beweglich und schmerzhaft war. Der tumor zeigte ziemlich harte Consistenz, wie der äusserlich tastbare, ohne an irgend einer Stelle zu fluktuiren. Der Uterus war nach Rechts hin etwas verdrängt, deutlich vergrössert und liess sich bimanuell sehr gut neben der Geschwulst als anteflectirt und an der Geschwulst beweglich heraustasten. Bei Bewegung desselben entstanden keine Schmerzen, während gleichzeitig die Geschwulst sich nicht mitbewegte. Die vorsichtige Einführung der Uterussonde ergab bei einer Totallänge von 7,5 Ctm. Leere der Höhle. Rechts vom Uterus und etwas hinter demselben lag ein viel kleinerer, ebenso harter Tumor wie links, der deutlich hinter dem Uterus in den grössern linken übergieng und äusserlich nicht zu fühlen war. Bei der, sehr schmerzhaften, Mastdarmuntersuchung fand sich in einer Höhe von etwa 10 Ctm. eine guldengrosse Öffnung mit leicht gewulstetem, jedoch weichem Rande, in der Öffnung lagen die Finger einer Hand, beim Anziehen derselben folgte leicht der Vorderarm. Der Mastdarm erschien durch die Geschwulst bedeutend comprimirt und stenosirt. Während und nach der Untersuchung floss in ziemlicher Menge gelbbraune, dünne, ungewöhnlich stark riechende Jauche ab.

Die Patientin klagte spontan über geringe Schmerzen,

vorzüglich über Schwäche und über den Abgang der obenerwähnten Jauche, welche durch ihren Geruch sie und ihre Umgebung ungemein belästigte, indem sie die Luft des Zimmers geradezu verpestete. Der Stuhlgang war sehr dünn, gieng mit Schmerzen ab und erfolgte 4—6mal des Tags. Der Harn enthielt kein Eiweiss.

Über die Natur des Leidens, sowie darüber, dass man es mit einer primären Bauchschwangerschaft zu thun hatte, konnte wohl kein Zweifel obwalten. Die bedeutende Entwicklung des Kindskörpers, sowie der ganze Verlauf der Schwangerschaft gestatten die Annahme nicht, dass etwa aus einer Tubenschwangerschaft nach Berstung des Fruchthalters eine sekundäre Bauchschwangerschaft sich bildete mit Weiterentwicklung des Eis. Mitte August, also gerade dem Ende der Schwangerschaft entsprechend, traten bei heftigen Blutungen Wehen und Schmerzen auf, welch' letztere im Verein mit andauerndem Fieber bis Oktober anhielten, zu welcher Zeit der abscedirende Fruchtsack sich per Rectum entleerte.

Die Behandlung bestand lediglich in kräftiger Ernährung bei ruhiger Bettlage. Ferner in Application von priessnitz'schen Umschlägen, welche die leichten Schmerzen stets linderten. Zur Reinhaltung wurden vorsichtig verdünnte Karbolsäurelösungen in den Mastdarm und anfangs auch in den Abscess eingespritzt, mit sehr gutem Erfolg. Die früher beschriebenen Knochen giengen meist von selbst, der letzte davon anfangs Dezember, ab. Die Kranke blieb vom Oktober bis 13. April in der Klinik. Eine eingehende Schilderung des Verlaufs der Affektion in dieser langen Zeit würde insofern ohne Interesse sein, als der Zustand während der langen Beobachtung sich wenig änderte. Das

Krankheitsbild war in kurzen Zügen folgendes. Anfangs war alle Abend Fieber, das selten über 39,5 stieg, gewöhnlich sich zwischen 38,0 und 39,0 hielt. Der Tumor verkleinerte sich allmählig nach Ausstossung der einzelnen Knochen, während gleichzeitig die Jaucheabsonderung sich verminderte. Die Öffnung wurde ebenfalls kleiner und rückte allmählig so hoch hinauf, dass sie mit einem Finger sehr schwer zu erreichen war. Die Patientin erholte sich bei dieser Behandlung überaus gut, so dass sie kräftig und wohlgenährt die Anstalt verliess, obwohl die abendlichen Temperatursteigerungen erst Ende Januar vollständig aufhörten.

Drei Tage vor ihrer Entlassung wurde Patientin nochmals in der Klinik vorgestellt und dabei folgender Befund constatirt.

Die bei der Aufnahme kindskopfgrosse Geschwulst war kleinapfelgross, sehr derb und völlig schmerzlos auf Druck geworden. Bei Druck und Bewegung war deutlich ein lautes Reiben der zurückgebliebenen losen Knochen hörbar. Der Uterus erschien jetzt median gestellt, frei beweglich, von gleicher Länge, wie bei der Aufnahme. Der kleine Tumor nach Rechts und hinten vom Uterus war ganz geschwunden, während der links sich in die Höhe gezogen und in dem angegebenen Masse sich verkleinert hatte. Die Perforationsöffnung im Rectum war kaum mehr zu erreichen und so klein, dass es nur gelang, die Spitze des Fingers einzulegen. Der Mastdarm war weit, nicht mehr comprimirt, schmerzlos in seiner Wand. Die Diarrhoe, sowie die Jaucheabsonderung hatten schon fünf Wochen vor der Entlassung aufgehört. Patientin konnte den ganzen Tag aufbleiben, gehen und stehen ohne jeden Schmerz im Unter-

leib und nahm überraschend an Körperfülle zu. Auf ihr Verlangen wurde sie am 13. April entlassen. Menstruation war während des Aufenthalts auf der Klinik keine eingetreten.

Der Verlauf dieses Falls von extrauteriner Schwangerschaft im Verein mit den durch die Anamnese festgestellten Thatsachen liessen ohne Schwierigkeit mit Ausschluss der andern Formen extrauteriner Schwangerschaft die Diagnose auf graviditas extrauterina abdominalis stellen.

Leicht auszuschliessen war die Tubenschwangerschaft in ihren drei Formen, der tubo-uterina, der eigentlichen Tubaria und der tubo-abdominalis. Die beiden ersten sind durch den Verlauf mit Sicherheit auszuschliessen. Denn bei diesen Formen, sowie bei der sehr seltenen graviditas extrauterina ovarica tritt die Ruptur des Fruchtsacks so häufig gleich in den ersten Monaten ein, dass es als die Regel angesehen werden kann. Ich verweise dabei auf den neuesten Fall von Tubenschwangerschaft im württembergischen Medizinischen Correspondenz-Blatt XLII Nro. 16, den Dr. Schwandner veröffentlicht hat und den ich mir unten mitzutheilen erlaubt habe, sowie auch die Zusammenstellung von Hecker, wo unter 45 Fällen nur bei einem im fünften, bei sieben im vierten, bei eilf im dritten, bei 26 dagegen in den beiden ersten Monaten der Schwangerschaft die Ruptur des Fruchtsacks eintrat. Der Ausgang ist hier fast immer ein lethaler unter Erscheinungen innerer Blutung und allgemeiner Peritonitis. Nur in extrem seltenen Fällen erfolgt Resorption des kleinen Eis oder Abkapselung mit lithopaedion resp. Dermato-paedionbildung. (Cf. Verhandlungen d. Berlin. geb. Gesellsch. II. pag. 3. Deutsch. Archiv f. Klin. Mediz. 1870. VIII. pag. 120. Prager Vierteljahrschrift 1865, Band IV.)

Die graviditas extrauterina tuboabdominalis und die eigentliche Bauchschwangerschaft, welche noch übrig bleiben, verlaufen beide im Wesentlichen unter gleichen Erscheinungen. Eine differentielle Diagnose zwischen beiden ist an der Lebenden wohl nur selten möglich. Die graviditas extrauterina abdominalis aber ist die häufigste aller Formen, ein Grund mehr zu der Annahme, dass wir es hier mit dieser Form zu thun haben, um so mehr, als die Anamnese, die Dauer der Schwangerschaft von Anfang November bis Mitte August (wo Blutungen, Wehen und Abgang von decidua eintraten), ferner deren Verlauf und der Ausgang in Abscedirung mit Durchbruch in ein benachbartes Hohlorgan für das Vorhandensein einer primären Bauchschwangerschaft sprechen. Dabei muss man annehmen, dass der Fötus früher — der dunkelgrünen Farbe des Meconium und der Entwickelung des Skelets nach etwa zwischen dem 6. und 7. Monat — abgestorben ist, worauf im Verlauf von vielen Wochen das Ei sich in einen grossen Abscess umgewandelt hat, der dann in's Rectum perforirte.

Die rein zuwartende Behandlung, die sich lediglich auf etwas raschere Entfernung der in der Perforationsöffnung gelegenen Theile der Frucht beschränkte, hat den überaus günstigen Erfolg gehabt, dass der weitaus grösste Theil der Knochen des Fötus abgieng ohne eingreifendere Störungen für die Frau, die bei kräftiger Diät, tonisirender Behandlung und der nöthigen Sorge für Reinlichkeit sich soweit erholte, dass sie bei sehr gutem Ernährungszustand und blühendem Aussehen die Anstalt verliess.

Bei Durchsicht der speciell württembergischen Literatur über diesen Gegenstand finde ich im medizinischen Correspondenz-Blatt einen schon oben citirten Fall von extrauteriner Schwangerschaft, welcher, der Neueste seit der Hartmann'schen Dissertation (praeside Saexinger, Tüb. 1871), den ebenso raschen als perniciösen Verlauf der Tubenschwangerschaft zeigt und den ich mir, als Gegensatz zu dem eben beschriebenen, mit den Worten des Herrn Dr. Schwandner anzuführen erlaube.

Am 2. Juli erkrankte Frau L., 25 Jahre alt, an Schmerzen im Unterleib und Erbrechen, ohne dass besondere krankhafte Erscheinungen vorausgegangen wären. Eine allgemeine Schwäche nimmt alsbald überhand, Arme und Füsse werden kalt und der Tod erfolgt am andern Morgen. Die am 5. vorgenommene Section zeigte Blutleere in Lungen und Herz. Beim Einschneiden in die Bauchöhle ergiesst sich viel schwarzes flüssiges Blut. Sämmtliche Unterleibsorgane sind mit Blut umspült, das theils flüssig, theils coagulirt etwa 2 Pfd. betrug. Dünn- und Dickdarm mit Luft gefüllt enthalten wenig Kothreste. Leber blutleer. Milz dunkel gefärbt, blutleer, welk. Nieren ebenso. Nach Entfernung des Bluts erscheint der Uterus vergrössert, 4″ lang, 3″ breit. Auf der rechten Seite des Uterus, oberhalb des rechten Horns, findet sich eine Ausbuchtung, einen leeren Sack bildend, von der Grösse einer starken Welschnuss. Die Höhle ist zur Hälfte von Gewebe des Uterus, zur Hälfte von der Tuba gebildet. Die dünne Schicht der letzteren zeigt ein Loch von der Grösse eines Silberkreuzers. Dieser Appendix des Uterus hat innen ein gefranztes Ansehen. Von der Höhle aus dringt eine Sonde leicht durch die Tuba in den Uterus. In diesem sitzt eine Placenta von

der Grösse eines Zweiguldenstücks, die sich leicht ablösen lässt. Der Uterus selbst ist blass und blutleer. Beide Ovarien normal, das rechte grösser als das linke. In Folge dieser Anzeichen einer Extrauterin-Schwangerschaft werden die Blutgerinnsel genauer untersucht und in der That findet sich in einem Coagulum eingebettet eine Frucht von 8‴ Länge, Kopf $2^1/_2$‴ breit, 3‴ hoch. Am Kopf lassen sich genau die beiden Augen als schwarze Punkte unterscheiden. Arme sind nicht, die Füsse jedoch gut zu erkennen. In den Gerinnseln wurde noch ein festeres Coagulum aus Placentargewebe von der Grösse einer Nuss gefunden. Sonst in der Bauchhöhle nichts abnormes. Alle grossen Gefässe blutleer.

Das Ei war nach der Befruchtung nicht durch die Tuba in den Uterus gedrungen, sondern am Eingang in denselben liegen geblieben. Hat hier eine neue Höhle gebildet und hat die Frucht etwa ein Alter von 8 Wochen erreicht. Als dann die Höhle platzte, fand aus deren Wandung, sowie aus der im Uterus und in der Höhle liegenden Placenta eine Blutung statt, die zu acuter Anämie und zum Tod führte.

Nachtrag.

Als die Abhandlung bereits im Druck war, habe ich erfahren, dass Herr Dr. Zeller, der diesen Fall der hiesigen geburtshülflichen Klinik zugeschickt hat, auch die Kopfknochen entfernte, und somit der Fall als vollständig geheilt zu betrachten ist.